EXTRA NUMMER

27 november 1992, 103de jaargang, nr. 6

TEGEN DE KWAKZALVERIJ

UITGAVE VAN DE VERENIGING TEGEN DE KWAKZALVERIJ, VERENIGING TOT EVALUATIE VAN ALTERNATIEVE BEHANDELMETHODEN EN TOT BESTRIJDING VAN DE KWAKZALVERIJ

SYMPOSIUM

ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN EN KANKER: EEN VERSTANDIGE KEUZE?

10-13 uur Ochtendsessie

Het symposium wordt geopend door de voorzitter dr. F.S.A.M. van Dam. (Het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Huis, WHO/Amsterdam Collaborating Center on Quality of Life.)

Inleiders

- Dr. L. Offerhaus, internist, Amsterdam: Alternatieve behandelwijzen in het tijdperk van "Keuzen in de zorg". (pag. 1).
- Mevr. dr. N. van der Zouwe, psycholoog, wetenschappelijk medewerker GMD: Omvang en achtergronden van het gebruik van alternatieve kankertherapieën. (pag. 2).
- Dr. H.S. Verbrugh, arts, Vakgroep Filosofie, Ethiek en Geschiedenis van de Geneeskunde, Erasmus Universiteit, Rotterdam: Hoe alternatieve therapieën te evalueren. (pag. 3)
- Mevr. mr. E.K. Wessel-Tuinstra, lid van de Eerste Kamer voor D'66: Opvattingen over alternatieve behandelwijzen in ons Parlement. pag. 4)

Hierna volgt discussie en een koffiepauze.

- Mevr. A.R.M.G. Verheij-Kerskes, vertegenwoordiger van patiënten, Hellevoetsluis: Alternatieve behandelwijzen, wat doet de patiënt ermee. (pag. 5)
- Prof. dr. E. Schadé, huisartsen-geneeskunde, AMC, Amsterdam: Alternatieve behandelwijzen gezien vanuit het standpunt van de huisarts: over macht en machteloosheid. (pag. 5)
- Dr. E. Engelsman, internist-oncoloog, Het Nederlands Kankerinstituut, Amsterdam: Alternatieve behandelwijzen gezien vanuit het standpunt van de oncoloog. (pag. 6)
- Mevr. E.J.M. Heshusius, directeur voorlichting en PR Nederlandse Kankerbestrijding: De visie van de Nederlandse Kankerbestrijding met betrekking tot alternatieve kankertherapieën. (pag. 6)

Hierna volgt discussie, waarna van 13 tot 14 uur de lunch wordt geserveerd.

ORGANISATIE

- **DR. P. BENTVELZEN, De Nederlandse Vereniging voor Oncologie.**
- **DR. F.S.A.M. VAN DAM, Wereldgezondheidsorganisatie WHO / Amsterdam Collaboration Center on Quality of Life, Het Nederlands Kanker Instituut.**
- **MEVR. MR. W. HEYBROEK-DE CLERCQ, Integraal Kankercentrum Amsterdam.**
- **C.N.M. RENCKENS, vrouwenarts, Vereniging tegen de Kwakzalverij.**

Het symposium wordt gehouden naar aanleiding van het rapport "Kiezen en Delen" van de commissie "Keuzen in de Zorg".

VRIJDAG 27 NOVEMBER 1992
RAI-CONGRESCENTRUM AMSTERDAM

14-16 uur Middagsessie

Als voorzitter treedt tijdens de middagsessie op prof. dr. P.J. Thung, emeritus-hoogleraar betrekkingen tussen natuurwetenschappen en geneeskunde, RUL, Leiden.

Kanker en psyche

Inleiders

- Prof. dr. H.M. van der Ploeg, medisch psycholoog, VU, Amsterdam: De invloed van psychische stress en persoonlijkheidsfactoren op het ontstaan en beloop van kanker. (pag. 6)
- Mevr. J.M. Westenberg, psychotherapeut, Den Burg: De psychotherapeutische benadering van kanker. (pag. 7)
- Mevr. K. Spaink, publiciste, Amsterdam: De kankerpatiënt en de orenmaffia. (pag. 7)

Deze inleidingen wordt gevolgd door een discussie.

Voeding en kanker

Inleiders

- Mevr. dr. E.C. Zwarthoff, moleculair bioloog, Erasmus Universiteit Rotterdam: Moderne biologische inzichten in het ontstaan van kanker. (pag. 8)
- J.A. Wiese, arts, Alkmaar: De betekenis van de methode-Moerman bij de preventie en behandeling van kanker. (pag. 9)
- Prof. dr. G.H. Blijham, internist-oncoloog, Utrecht: De betekenis van voeding bij de preventie en behandeling van kanker. (pag. 10)

Vervolgens discussie.

Het symposium wordt afgesloten door C.N.M. Renckens, vrouwenarts te Hoorn en voorzitter van de Vereniging tegen de Kwakzalverij.

DR. L. OFFERHAUS

Alternatieve behandelwijzen in het tijdperk van "Keuzen in de zorg" *)

De filosoof Petr Skrabanek stelt in zijn essay over alternatieve geneeskunde, dat deze twee typische kenmerken heeft, nl. dat ze geen duidelijke of samenhangende bestaansreden heeft behalve het enthousiasme van haar voorstanders, en dat ze bijna zonder uitzondering zich richt op een groot aantal slecht gedefinieerde kwalen van uiteenlopende aard[1]. Hij stelt bovendien dat, terwijl van de orthodoxe geneeskunde de grootst mogelijke tolerantie ten opzichte van alternatieve of supplementaire geneeswijzen wordt gevraagd, deze vormen van geneeskunst zelf broedplaatsen van onverdraagzaamheid zijn.

De grenzen tussen wat wij noemen "rationele" geneeskunde enerzijds en onvervalste kwakzalverij anderzijds zijn vaag, ook al omdat in de medische opleiding steeds minder aandacht aan een

*) De in deze voordracht gegeven meningen geven niet een officieel standpunt van het ministerie van WVC of van de Wereld Gezondheids Organisatie weer.

Colofon

Vereniging tegen de Kwakzalverij

Opgericht 1 januari 1881
Correspondentie-adres: Bergse Dorpsstraat 101
3054 GC Rotterdam; tel. 010-4187149

Bestuur:

Voorzitter: C.N.M. Renckens, Hoorn
Secretaris: I.A. van de Graaff, Rotterdam
Penningmeester: dr. H.A.M. Voorbij, Zwolle
Leden: drs. P.C. Bügel, Groningen; mr. Th. Douma, Haarlem; C.P. van der Smagt, de Bilt; prof.dr.H. Timmerman, Voorschoten; D. Uitterdijk, Medemblik; W.M. Veenema, Joure
Adviserende leden : S. Lelie, Middelburg; prof.dr. F.A. Nelemans, Duivendrecht
Redacteur: J.Th. Balk, Keverberg 54, 1082 BE Amsterdam.
Het Actieblad tegen de Kwakzalverij verschijnt 5x per jaar.

Postgiro van de Vereniging: 32237 ten name van Penningmeester van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, Zwolle.
De contributie bedraagt thans minimaal f 40; voor studenten en leerlingverpleegkundigen f 10; begunstiger wordt men door een schenking aan de vereniging van minimaal f 100.

rigoureuze wetenschappelijke beoordeling van het geneeskundig handelen wordt besteed. De "zachtere" eerste lijn en de vertechniseerde superspecialist groeien steeds verder uit elkaar, en het resultaat wordt door de patiënt ervaren als een ontmenselijking van de geneeskundige zorg. Het vacuüm wordt maar al te gemakkelijk opgevuld door alternatieve genezers, die geduld tonen, tijd hebben en die de patiënt met grote overtuigingskracht een duidelijke rechte weg wijzen. Men kan dergelijke genezers maar al te gemakkelijk afdoen met termen als "charlatan" en "kwakzalver", maar zelfs een Amerikaanse congrescommissie, die de kwakzalverij geheel afwees, moest met enige spijt toch constateren, dat die kwakzalverij soms wèl resultaten afwierp.

Een aantal publicaties meldt dat tussen 10 en 20% van de Europese bevolking zijn heil zoekt bij alternatieve geneeskunst[2]. Het maakt daarbij weinig uit of de orthodoxe geneeskunde, dan wel de politiek, een tolerant standpunt inneemt of niet. Men dient zich ook goed te realiseren, dat niet-operatieve behandelwijzen eeuwen lang met mystiek omkleed waren, en dat de mensheid eigenlijk pas sinds enkele tientallen jaren claimt dat het toedienen van geneesmiddelen een rationele behandelmethode vertegenwoordigt. Behalve bij comateuze patiënten bezit praktisch ieder "medicijn" een placebowerking, die niet los te maken valt van de instelling en de persoonlijkheid van de arts. Dat geldt zelfs voor de behandeling van carcinoompijnen. een placebo-effect komt dan ook steeds overeen met een door de patiënt *verwacht* effect: Een slaapmiddelplacebo is slaapverwekkend, een placebo-antidepressivum benadert de werkzaamheid van het "echte" middel zeer dicht.

Maakt de arts die placebo's dan wel alternatieve geneeswijzen toepast zich schuldig aan misbruik van vertrouwen? Er zijn voor hem drie mogelijkheden: Of hij kan er in het belang van de patiënt mee leren leven, òf hij verdringt het, òf hij gelooft erin. In het eerste, meest ideale geval is geen sprake van alternatieve, maar van supplementaire geneeskunst; de alternatieve genezer kiest voor de derde optie, die vaak het begin van het hellende vlak vormt.

Mystiek en geloof zijn meestal ver verwijderd van het bed van de gemiddelde politicus of "orthodoxe" arts. Zij stellen zich dan op als tolerante wezens, en zij zeggen bereid te zijn de alternatieve geneeskunst "toe te laten" op voorwaarde dat de werkzaamheid met orthodoxe middelen (gerandomiseerd klinisch onderzoek, statistiek) wordt bewezen. Tot dit doel zijn een vrij groot aantal onderzoekingen verricht, die op hun beurt weer aanleiding zijn geweest tot meta-analyses en andere ingewikkelde en kostbare procedures. Steeds weer blijkt echter dat het onderzoek kieren vertoont, en niet voldoet aan de gebruikelijke wetenschappelijke criteria[3]. Legt men het onderzoek in handen van de orthodoxe medische onderzoeker, dan valt geen enkel effect aan te tonen[4]; de beruchte affaire-Benveniste ligt maar al te vers in het geheugen. Wie heeft er nu gelijk? Degenen, die nog hoger precisie van dit soort onderzoek eisen of de alternatieve sector, die zich tegen zulk onderzoek verzet? Het erkennen van het placebo-effect als wezenlijk onderdeel van de geneeskunst brengt ons een stap verder, en daarmee valt onder bepaalde omstandigheden de genezende werking van melksuiker niet te ontkennen[5].

Als de alternatieve geneeskunde zich bewust is van de grenzen van haar competentie staat niets de behandeling van functionele en "self-limiting" klachten in de weg. Die grens moet echter onder geen enkel beding worden overschreden. Het lijdt echter geen twijfel dat dit helaas met grote regelmaat gebeurt: Zowel de maretak als de smeerwortel hebben dodelijke slachtoffers geëist.

Wat betekent deze beperkte tolerantie nu voor het limiteren van zorgkeuze, zoals de Commissie-Dunning adviseert? In de bovengenoemde visie vormen alternatieve geneeswijzen een welkome aanvulling voor de behandeling van niet of moeilijk objectiveerbare klachten, die meestal ook vanzelf genezen of verbeteren, en die veel tijd en geduld van de eerste-lijns zorg vragen. Daarmee valt dergelijke, ongetwijfeld nuttige, zorg in hetzelfde kader als het aspirientje, massage voor spierpijnen, en overdekkende psychotherapie: alles inconveniënten, waarvan de lasten niet op de gemeenschap moeten drukken. Men moet niet proberen om deze zaken binnen het keurslijf van het objectieve bewijs en de verkregen rechten van de burger te dwingen. Zo goed als de alternatieve patiënt stelt, dat hij of zij "recht" op dergelijke verstrekkingen heeft, kan zijn medemens met evenveel recht eisen om van het dragen van andermans lasten verschoond te blijven.

Literatuur:

1. Skrabanek P: Follies and fallacies in medicine. Tarragon Press, Glasgow 1989.
2. Fahrländer H, Truog P: Placebowirkung und Alternativmedizin. Schweiz Med Wochenschr 1990; 120:581-8.
3. Ernst E: Is homeopathy a placebo? Br J Clin Pharmacol 1990; 30:173-5.
4. Pletscher A: Alternativmedizin: Glaube oder Wissenschaft? Schweiz Med Wochenschr 1990; 120:571-80
5. Müller HE: Homöopathie - Herausforderung oder Ärgernis für die wissenschaftliche Medizin? Deutsch Med Wochenschr 1988; 113:907-13.

Steun voor symposium

Het symposium is mede mogelijk gemaakt door steun van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Nederlandse Kankerbestrijding.

NICOLETTE VAN DER ZOUWE

Omvang en achtergronden van het gebruik van alternatieve kankertherapieën

Het gebruik van alternatieve therapieën leeft bij kankerpatiënten. De meeste patiënten hebben op zijn minst iets gehoord van het Moerman-dieet. Er is altijd wel iemand in hun omgeving die een of andere alternatieve therapie heeft aanbevolen. Patiënten, of ze nu al dan niet alternatieve therapieën gebruiken of hier gebruik van willen maken, kunnen zich niet onttrekken aan het bestaan van alternatieve kankertherapieën. Dit betekent dat patiënten met kanker op een gegeven moment een keuze moeten maken.

Hoeveel patiënten maken nu gebruik van alternatieve kankertherapieën, om welke patiënten gaat het en waarom kiezen ze voor een alternatieve therapie? Om hierin meer inzicht te krijgen zijn

twee onderzoeken uitgevoerd bij in totaal 1151 kankerpatiënten uit verschillende ziekenhuizen in Noord-Holland. Van hen blijkt slechts 9,4% naast de reguliere een alternatieve behandeling te gebruiken en is 5,8% er na een periode weer mee gestopt. Verder heeft 7,9% het gebruik van een alternatieve kankertherapie overwogen maar is niet tot daadwerkelijk gebruik overgegaan. Maar ook een derde van de uitsluitend regulier behandelde patiënten sluit een eventueel gebruik in de toekomst niet uit. Vooral het Moerman-dieet, homeopathie en psychotherapeutische technieken zijn populair.

Alternatief behandelde patiënten zijn relatief jonger, hoger opgeleid en hebben meer bedenkingen over de reguliere zorg dan de uitsluitend regulier behandelde patiënten. Dit komt overeen met bevindingen uit andere onderzoeken bij gebruikers van alternatieve geneeswijzen.

Alternatief behandelde patiënten zijn tamelijk realistisch in hun inschatting wat ze van de alternatieve therapie kunnen verwachten. Ze geloven niet in wonderen; slechts een klein deel van de patiënten denkt dat ze door de alternatieve therapie kunnen genezen. Wel hopen ze het ziekteproces te vertragen.

Het zijn eerder angst en onzekerheid dan geloof in de werkzaamheid van alternatieve therapieën die kankerpatiënten naar die geneeswijzen doen grijpen. Het gebruik van alternatieve therapieën komt meer voor bij patiënten met een ongunstige prognose.

Daarnaast is de mogelijkheid om op eigen wijze een bijdrage te hebben aan de behandeling van hun ziekte, een belangrijke factor. De kans op het gebruik van alternatieve therapieën is groter bij patiënten die op een actieve wijze omgaan met problemen rond de ziekte. Dit kan hen het gevoel geven dat ze meer greep op de situatie krijgen. Dit geldt ook voor het geloof van veel alternatief behandelde patiënten dat persoonlijk beïnvloedbare factoren als voeding en stress een rol spelen in het ontstaan van kanker. Patiënten die een alternatieve therapie gebruiken doen dit niet zo zeer vanuit een blinde hoop op genezing, maar meer als een manier van omgaan met de angsten en vragen die ze hebben rond hun ziekte en behandeling.

DR. H.S. VERBRUGH

Hoe alternatieve therapieën te evalueren

Alternatieve therapie van kanker is per definitie niet mogelijk. Deze stelling wordt in deel I onderbouwd. Waarom er desondanks zoveel te doen is inzake kanker en alternatieve geneeswijzen en waaròm dit toch niet allemaal kwakzalverij hoeft te zijn, wordt besproken in deel II en III.

I. Alternatieve Behandelwijzen en Kanker: een onmogelijke verbinding.

Niemand kan thans een nauwkeurige en volledige definitie geven van "alternatief" resp. "regulier". Dat zelfde geldt voor "kanker".

Een van de kenmerken waarover onder deskundigen relatief consensus bestaat omtrent "alternatieve" behandelwijzen is, dat deze behandelwijzen helpen of werkzaam zijn via ondersteuning van de 'vis medicatrix naturae' oftewel de genezende kracht van de natuur.

Een van de kenmerken waarover onder deskundigen relatief consensus bestaat omtrent "kanker" is, dat bij kanker sprake is van een materiële lesie. Kanker is dus zeker geen **'functionele stoornis'**. Voorts wordt "kanker" gekenmerkt door "autonome groei". Essentiëel voor "autonome groei" is nu, dat zo een gezwel, wanneer het niet **fysiek** verwijderd wordt per definitie doorgroeit tot de patiënt dood is. Deze per definitie zonder fysieke verwijdering tot de dood leidende groei kan, nog steeds per definitie, alleen tot staan gebracht worden door fysieke verwijdering van het gezwel **oftewel door reguliere behandeling**. Mòcht van een thans "alternatief" genoemde therapie ooit overtuigend bewezen worden dat, en nauwkeurig verklaard kunnen worden hoe, daarmee een kankergezwel tot verdwijning wordt gebracht, dan is deze therapie vanaf dat moment "regulier". Q.e.d.

Als dit het hele verhaal was, zou de diagnose 'flauwe kul' voor de hele alternatieve kankerleer gauw gesteld zijn - maar zó eenvoudig is het niet. Daarover gaat deel II.

II. Alternatieve Behandelwijzen en Kanker: charlatannerie.

Bekend in de alternatieve genezerij zijn 'testmethoden' waarmee ziekte zou kunnen worden aangetoond in een stadium of in een manifestatie die aan de reguliere diagnostische methoden ontsnapt.

Patiënt komt bij alternatieve 'genezer' met klacht, 'genezer' laat alternatieve diagnostische test los op patiënt en zegt op grond van de uitslag daarvan: "u heeft kanker maar als u mijn alternatieve pillen slikt zult u genezen".

De patiënt slikt de diagnose en de pillen, komt na enige tijd terug en krijgt dan van de oplichter - want dat is deze 'genezer' - te horen: "aan de uitslag van mijn test kan ik zien dat u nu genezen bent".

Vaak spreken 'genezers' die aldus werken overigens niet over kanker, maar over een zogenaamde **'precancerose'** oftewel een voor reguliere methoden niet aantoonbare afwijking die zonder behandeling tot kanker zal leiden. "U heeft een precancerose en als u zo door gaat krijgt u kanker, maar ... en zo voort", luidt dan de 'diagnose'; voor de rest loopt het verhaal geheel identiek. We zullen nu het verhaal nader bekijken in termen van deze 'precancerose'.

Het gaat hier om de **validiteit** van de begrippen 'kanker' en 'precancerose'. Kanker mag dan, logisch bezien, niet alternatief te genezen zijn - voor een 'precancerose' ligt dat anders. **Hoe** en **in welke mate** 'anders' hangt af van wat we onder 'precancerose' verstaan. Het is in dit verband relevant, dat kanker in het stadium waarin hij met zekerheid kan worden gediagnostiseerd, vrijwel zeker altijd een (lange) voorgeschiedenis heeft.

In dit verband is de half reguliere / half alternatieve theorie opgesteld dat in werkelijkheid vaak in het lichaam een beginnende vorm van 'kanker' ontstaat die door de 'vis medicatrix naturae' teruggedrongen wordt zodat deze 'precancerose' zich niet klinisch als kanker manifesteert.

Als deze theorie juist zou zijn, is er **theoretisch** niets op tegen om beginnende vormen van kanker die door de 'vis medicatrix naturae' teruggedrongen worden, als 'precancerose' te behandelen. Maar hoe toon je in het **individuele** geval van de concrete patiënt aan, dat dit **algemene** verhaal over 'precancerose' op hem van toepassing is?

Theoretisch door twee groepen patiënten te 'nemen' bij wie een alternatieve diagnose 'precancerose' is gesteld en aan de ene groep alternatieve, aan de andere géén therapie te geven en het aantal patiënten in de ene en de andere groep dat kanker krijgt te vergelijken.

Praktisch is dit onbegonnen werk. Men moet zeer grote aantallen patiënten nemen, want volgens de theorie gaat het om **ten dele spontaan** herstel door de 'vis medicatrix naturae'; de alternatieve therapie helpt de natuur alleen een handje. Ook in de niet behandelde groep zullen dus heel wat mensen nooit manifeste kanker krijgen.

Verder kan men niet meer zomaar patiënten 'nemen' voor een experimenteel onderzoek, zeker in de alternatieve sfeer. De meesten van hen (en hun genezers allemáál) **geloven** immers niet alleen in hun therapie, maar zijn er zelfs van overtuigd dat hun geloof en mentale instelling in een specifieke vorm van **synergie** 'samenwerkt met', ondersteunend werkt òp de alternatieve therapie. Deelname aan een experimentele opzet zoals hier geschetst is vanuit deze filosofie bezien domweg onverstandig; geen redelijk mens doet dat.

III. Conclusies: toekomstperspectieven.

Ogenschijnlijk is de situatie met betrekking tot wetenschappelijke evaluatie van alternatieve kankertherapieën dus theoretisch èn praktisch uitzichtsloos. In werkelijkheid is de situatie genuanceerder. Alternatieve diagnostiek van 'precancerose' hoeft niet per se alleen via charlatanneske niet-gevalideerde testmethoden plaats te vinden.

Met name in de sfeer van de zogenaamde 'antroposofische

geneeskunde' wordt in het kader van de 'wezensleden-diagnostiek' gewerkt aan een theoretische en praktische herwaardering van de subjectieve perceptie van de eigen lichamelijkheid. De discussie hierover kan echter alleen plaats vinden op basis van gedegen medisch-filosofisch grondslagenonderzoek waarin 'objectief', 'subjectief', 'lichaam', 'lijf', 'lichamelijkheid' en andere begrippen nauwkeuriger en specifieker zijn omschreven en "geijkt" dan in het medische discours thans het geval is.

MR. E.K. WESSEL-TUINSTRA

Opvattingen over alternatieve behandelwijzen in ons Parlement

Stellingen

1. De politiek dient te vertalen wat onder de mensen leeft. Zij dient rekening te houden met de maatschappelijke werkelijkheid.
2. Die maatschappelijke werkelijkheid is dat tallozen zich buiten ziekenfondsverzekering en huisarts tot velerlei vormen van alternatieve geneeswijze wenden. Wij kunnen dit niet negeren. Het is ondemocratisch om eenzijdig de natuurwetenschappelijk gefundeerde gezondheidszorg aan de mensen op te dringen, als zij zelf anders willen.
3. Wel dient de overheid te waken over de kwaliteit. Zij heeft een aantal wetten tot stand gebracht die meer controle op de kwaliteit moeten brengen:
   - Kwaliteitswet zorginstellingen;
   - Wet beroepen individuele gezondheidszorg;
   - Wet medische experimenten;
   - Wet Behandelingsovereenkomst;

   etc.

   Deze wetten zijn van toepassing op de hele gezondheidszorg.
4. De hoge kosten van de gezondheidszorg worden niet speciaal veroorzaakt door de alternatieve geneeswijze en/of -middelen.
5. De reguliere gezondheidszorg en de alternatieve gezondheidszorg kunnen elkaar bevruchten.
6. De proeven van samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten verdienen ruime aandacht.
7. In de geneeskunst telt ook het niet objectief meetbare.

Aan een artikel, dat verscheen in TNO-project 2, februari 1980, is het volgende ontleend. Mevrouw Wessel-Tuinstra gaf er de titel aan: Kanker en politieke besluitvorming - de medische wetenschap als "enig kind".

Mag, moet of kan je nu (medische) wetenschap buiten de politiek houden? Het antwoord is volstrekt duidelijk: het kan niet, het mag niet, het moet niet. Wetenschap is niet waardevrij. Wetenschap ontwikkelt zich niet op een onbewoond eiland, maar wordt beoefend door mensen die leven in een bepaalde maatschappelijke context.

Voor de medische wetenschap is dit niet anders dan voor iedere andere wetenschap. Hoogstens heeft het daar langer geduurd dan elders voordat men ontdekte hoe sterk ook deze medische wetenschap(sbeoefening) beïnvloed werd door in de maatschappij overheersende waarden. Deze late ontdekking heeft ongetwijfeld te maken met de sfeer van magie en ontzag, die de medische wetenschap lang heeft omringd.

Zo zien we, het is overbekend, ook in de medische wetenschap een eenzijdige uitbouw naar de technologische vernieuwing, een toename van exclusieve specialismen, sterke nadruk op cureren (korte termijn), minder op preventie (lange termijn) enzovoorts.

De ontwikkeling van de medische wetenschap voldoet niet langer aan de doelstelling van de samenleving, namelijk humanisering. De samenleving en dus de politiek heeft deze ontwikkeling te lang op zijn beloop gelaten. Te lang dacht men dat de "professie" het alléén af kon. Niets is minder waar. Technisch vernuft brengt altijd afhankelijkheid met zich mee. De macht van hen die deze technische kennis hebben wordt daardoor groot. In de medische wetenschap lijkt deze macht meer dan elders te gaan over leven en dood.

Is dat niet de hoogste macht? Inderdaad, maar juist daarom dient die macht te worden gecontroleerd en gestuurd. En in een democratie is de uiteindelijke machtscontrole en sturing nu eenmaal aan regering en parlement voorbehouden. De professie kan en moet vanuit haar eigen verantwoordelijkheid daarbij behulpzaam zijn. Daartoe is zij nog maar nauwelijks bereid en ook bij politici bestaat drempelvrees. (...) Je kunt nooit weten of je "ze" nog eens nodig hebt. Naast beschroomdheid werd veel te weinig ingezien dat technologische ontwikkelingen maatschappelijke en politieke consequenties hadden.

Ik denk dat de ontwikkeling rond de kankerbestrijding exemplarisch is voor de (...) verhouding tussen medische wetenschap, gezondheidszorg en politiek. Aan de kankerbestrijding wijdde de vaste commissie voor volksgezondheid van de Tweede Kamer een speciale openbare commissie-vergadering. Daaraan gingen twee hoorzittingen vooraf, die een enorme respons vonden en er blijk van gaven hoezeer de mensen met het probleem kanker rondtobben.

Deze openbare beraadslaging over kankerbestrijding is in de medische wereld nogal bekritiseerd. De medische wetenschap heeft iets van een verwend kind: naar verhouding ruim bedeeld met financiële middelen, weinig hinderlijk gevolgd door controle van buitenaf (...) Ook zonder een gericht evaluatiesysteem. Weinig gestraft, veel geprezen. Deze vrijheid van de onderzoeker heeft zeker tot grote creativiteit geleid en het Nederlandse medisch-wetenschappelijke onderzoek heeft een goede naam.

"Natuurlijk" heerst ook hier een zeker hobbyisme. Dit hoeft niet schadelijk te zijn, mits deze hobbies ook enigszins parallel lopen met de door de samenleving gevraagde prioriteiten. Onderzoek naar alternatieve geneeswijzen is zo'n prioriteit.

Onbehagen of teleurstelling met de strikt natuurwetenschappelijke benadering van kanker, onbehagen ongetwijfeld ook met het, ondanks de grote inzet van de onderzoekers, nog niet optimale resultaat van het kankeronderzoek, stimuleert de vraag naar andere methoden, naar een andere benadering. Daarnaast appelleren sommige alternatieve geneeswijzen meer aan zelfwerkzaamheid van de patiënt, dan de traditionele soms doen en ook dat spreekt aan. Bewijzen dat deze alternatieven de mensen beter helpen zijn niet te geven. Maar in de samenleving leeft (gelukkig) meer dan te bewij-

Waarom dit symposium?

Het symposium Alternatieve Behandelwijzen en Kanker is bedoeld voor specialisten, huisartsen, verpleegkundigen, patiënten en andere geïnteresseerden in het onderwerp Alternatieve Behandelwijzen en Kanker.

Veel kankerpatiënten worden op een bepaald ogenblik tijdens het ziekteproces immers geconfronteerd met alternatieve behandelwijzen. Het symposium beoogt het voor en tegen van deze behandelwijzen op een systematische wijze aan de orde te stellen, zodat het voor patiënten duidelijker wordt waarvoor zij eventueel kunnen kiezen. Aan de behandelaars en verzorgers van kankerpatiënten in de ruimste zin wordt tijdens het symposium getracht duidelijk te maken wat er bekend is over alternatieve behandelwijzen voor kanker (achtergronden en effecten) zodat zij patiënten beter kunnen voorlichten en helpen bij het maken van een keuze. De uiteenlopende achtergrond van de sprekers (biologisch, psycho-sociaal en medisch) garandeert dat alle aspecten rondom Alternatieve behandelwijzen aan de orde komen. Daarnaast is een plaats ingeruimd voor de patiënt zelf, voor de politiek en de Gezondheidsraad. Voor en tegenstanders van alternatieve behandelwijzen voor kanker zullen hun standpunt hierover uiteen zetten en met elkaar in discussie gaan.

zen is. Het is de taak van het parlement deze levenstekens op te vangen, temeer wanneer de gewone medische wetenschap dit consequent weigert. Het is dus niet meer dan voldoen aan een democratische plicht wanneer het parlement verzoekt om een methode te toetsen, waarin een aantal mensen geloven, waaraan een aantal twijfelt en waar een aantal volstrekt afwijzend tegenover staat.

Medische wetenschap en politiek moeten aan elkaar wennen. Het is volstrekt noodzakelijk dat zij over hun schroom ten aanzien van elkaar heen groeien. Politieke keuzen in de gezondheidszorg kunnen niet gemaakt worden zonder gerichte informatie vanuit de medische wereld.

A.R.M.G. VERHEIJ-KERSKES,

Alternatieve behandelwijzen, wat doet de patiënt ermee

Mij is gevraagd u in het kort te vertellen waarom mensen naast de gewone reguliere behandelingen vaak ook kiezen voor een alternatieve aanvulling.

Ik wil u duidelijk maken welke argumenten een rol spelen en voor welke dilemma's men kan komen te staan. Natuurlijk kan ik alleen voor mezelf spreken. Ik denk echter, dat de motieven die voor mij belangrijk waren, óók voor een groot deel van toepassing zijn op die van andere patiënten.

Voor mij waren in de beginperiode twee dingen heel belangrijk:

1. hoe wordt ik gezond
2. hoe blijf ik gezond

Om het eerste te bereiken zou ik me laten opereren en bestralen. Om deze behandelingen te ondersteunen en om het tweede te bereiken, wilde ik zo gezond mogelijk gaan leven. Ik koos voor het Moerman-dieet. Op die manier, dacht ik, zou mijn weerstand groter worden en de kanker minder gauw een kans krijgen om weer toe te slaan. Voor mij was het dieet tevens een manier om zelf daadwerkelijk ook actief mee te werken aan het genezingsproces.

De reacties vanuit de gezondheidszorg waren nogal negatief. Ondanks dat, ben ik het dieet toch gaan volgen. Ik kreeg daardoor weer vertrouwen in mijn eigen lichaam, dat me toch maar mooi in de steek had gelaten. Het gezin stond vierkant achter mijn besluit, alhoewel de gezinsleden niet zelf overgestapt zijn op het dieet. Als zij zich echter ook negatief hadden opgesteld, weet ik niet of ik het had volgehouden. Dagelijks was ik dan geconfronteerd met het feit dat ik naar hun mening aan iets zinloos bezig was. Nú kon ik iedere dag concreet vechten tegen mijn kanker.

Een opmerking die je nogal eens hoort is: je raakt in een sociaal isolement, daar je aan veel dingen niet meer deel kan nemen. Dat hoeft niet zo te zijn. Als de directe omgeving rekening met je houdt, is er al veel gewonnen, maar ook je eigen opstelling is belangrijk. Als ik wist, dat er op een feestje onmogelijk rekening met me gehouden kon worden, dan sjouwde ik mijn eigen hapjes en drankjes mee, maar ik ging wél!

Andere veel gehoorde opmerkingen zijn:
- het kost zoveel moeite
- het kost zoveel tijd

en als beloning krijg je een smakeloze hap op tafel. Inderdaad aan de manier van koken moet je wennen. Je moet leren alles zo handig mogelijk in te delen. Dat gaat je steeds beter af. Na verloop van tijd had ik aardig wat lekkere recepten.

Twee jaar heb ik het dieet streng gedaan. Nu volg ik het in grote lijnen, meer in de vorm van volwaardige voeding met veel verse groente en veel vers fruit.

Later heb ik als aanvulling op de professionele hulp ook met lotgenoten contact gezocht. Dat ik daar behoefte aan zou krijgen had ik nooit gedacht. Destijds had ik alles op een rijtje staan:
- opereren
- bestralen
- werken aan beter worden
- zorgen dat alles zo snel mogelijk weer zou worden als vroeger
- vervolgens die nare periode afsluiten en vergeten

Dan ga je op een gegeven moment ervaren dat het nooit meer zo wordt als vroeger. Je bent geconfronteerd geweest met je eigen leven en dood en dat laat een stempel achter. Je gaat merken dat er veel dingen zijn, die je leven blijvend hebben beïnvloed en veranderd. In het begin kun je daar over praten. Op den duur wil je niet altijd dezelfde personen lastig vallen met jouw angsten en twijfels. Zij hebben tenslotte ook heel wat te verwerken gekregen.

Zo'n moeilijke periode maken veel vrouwen door. Meestal begint dat, als de intensieve zorg van het ziekenhuis weg valt en de omgeving (ook de vrouw zelf) verwacht, dat ze de draad weer oppakt. Maar de verwerking van alles begint dan pas. Dan ontdek je dat je niet meer terug kan komen in je baan, dat je incontinent bent, dat je je minder vrouw voelt, dat je seksuele leven veranderd is. Jonge vrouwen worden geconfronteerd met ongewilde kinderloosheid enz., enz.

Het uitwisselen van ervaringen en het delen van angst, onzekerheid en verdriet kan dan een grote steun zijn. Dit soort steun kan niet binnen het circuit van de professionele hulp gegeven worden. Lotgenoten contact is dus een goede aanvulling. Zowel het Moerman-dieet als het lotgenoten contact hebben in ieder geval bij mij een positieve bijdrage geleverd aan mijn lichamelijke en geestelijke gezondheid.

PROF. DR. E. SCHADÉ

Alternatieve behandelingen gezien vanuit het standpunt van de huisarts:over macht en machteloosheid

Alternatieve geneeswijzen zijn er altijd geweest en zullen altijd blijven bestaan. Vaak volkomen ten onrechte ervaart de huisarts de gang van de patiënt naar een alternatieve genezer als een motie van wantrouwen ten opzichte van het eigen functioneren. De mededeling van de patiënt aan zijn huisarts dat hij een andere geneeswijze zoekt is echter dikwijls juist een blijk van vertrouwen. De patiënt hoeft dit immers niet aan de huisarts te melden. Deze mededeling van de patiënt mag zeker niet ontaarden in het verbreken van de arts-patiënt-relatie door huisarts of specialist. Ook hier geldt weer dat overleg met de alternatieve genezer over een goede afstemming gewenst is.

Het stadium waarin de ziekte verkeert en de genezingskansen zullen zeker van invloed zijn op de houding van de huisarts ten aanzien van de alternatieve geneeswijze. Wordt de patiënt curatief behandeld voor een ziekte met een goede prognose dan is het mijns inziens strikt noodzakelijk minimaal tot een compromis te komen: de alternatieve geneeswijze kan worden gevolgd mits de reguliere behandeling maar niet wordt onderbroken. Helaas stuit deze visie vaak op weerstand bij de alternatieve genezers. Anders is het bij de patiënt met een infauste prognose. De gang naar de alternatieve genezer heeft dan vaak de betekenis dat de patiënt, die ervaart dat de reguliere geneeskunde hem of haar weinig meer heeft te bieden toch nog de beslissing in eigen hand wil nemen: "het ongrijpbare grijpbaar maken". In het belang van de patiënt is een compromismodel ook hier te prevaleren boven een conflictmodel. Het is opvallend en veelzeggend dat noch huisartsen en specialisten noch alternatieve genezers over het algemeen bereid zijn de eigen handelwijze en houding ten opzichte van elkaar constructief te bespreken.

DR. E. ENGELSMAN

Alternatieve behandelwijzen gezien vanuit het standpunt van de oncoloog

Kanker is een enge ziekte. Ineens blijk je het te hebben en kanker heeft jou. Als de diagnose is gesteld, ben je niet meer dezelfde; je leven staat op het spel. Kun je er van af komen, of wint de ziekte het?

Alles wat mogelijk is, moet geprobeerd worden, om de tegenpartij die in je zit, onder de duim te krijgen.

Er zijn behandelingen ontwikkeld waarmee een deel van de patiënten genezen kan worden. Er wordt wel gezegd dat 50% geneest, maar dat berust deels op tumortypes die goed reageren en deels op het vinden van tumoren vóórdat deze uitzaaiingen hebben veroorzaakt. Die 50% berust in principe op 5-jaars-overleving, wat niet hetzelfde is als genezing.

Trouwens: 50% kans op doodgaan is een zo grote kans, dat je dat niet even van je af kunt zetten.

De "tegenpartij", de kanker, houdt geen rekening met jouw wensen. Het is een soort middeleeuwse ziekte: een duistere bedreiging, waartegen je je niet kunt beschermen. Het ontstaat in je zelf, ongevraagd.

Je familie en vrienden zijn van slag: zij voelen zich machteloos en moeten toekijken hoe een dierbare plotseling veroordeeld blijkt te zijn. Je voelt je overvallen; zoals de hoofdpersoon in Kafka's "Der Prozess" ben je veroordeeld zonder te weten waarom. Je zou je kunnen afvragen waarom Kafka deze hoofdpersoon aanduidt als "K". De dokters kunnen veel en willen graag iedereen genezen, maar het hangt van de tumor af wat de uitkomst zal zijn. Als de tumor mee wil werken, zou je kunnen genezen.

Je zou graag willen geloven dat er, buiten de beperkte medische mogelijkheden, andere uitzichten waren op genezing. De "alternatieve therapieën" bieden zich "profetisch" aan; zij weten hoe het zit, zij weten hoe het moet, zij beloven méér. Het zal vaak moeilijk zijn daar niet in te willen geloven. De beloften berusten niet op aangetoonde feiten, maar op geloofszekerheid: de profeet wéét de oorzaak en hij openbaart wat je ertegen kunt doen: in de profeet geloven en zijn regels volgen. Bijvoorbeeld een raar en moeilijk dieet (ook moeilijk voor huisgenoten); als je dat offer brengt, mag je ook wel verwachten dat dit zal worden beloond. Wat er aangeboden wordt aan alternatieve behandelingen, doet mij denken aan een bont en kleurig middeleeuws markttafereel.

Een extra aantrekkingskracht hebben de alternatieven op veel mensen door hun directe persoonlijke benadering: zij hebben begrip voor de huiver van veel mensen voor de moderne imposante ziekenhuis-fabrieken, waarin de persoonlijke benadering nogal eens tekort schiet. Veel dokters daar lijken méér geïnteresseerd te zijn in de kwaal en in de technieken, die daarbij aan de orde komen, dan in de dragers van die kwaal: onzekere, angstige, bedreigde, gewone mensen, die bij hen kwamen om raad te vragen. Veel mensen die geen pastor meer hebben, verwachten van artsen ook enigszins een pastorale rol, aandacht voor hun noden en zorgen.

Mensen hebben, met name als het hen niet goed gaat, een sterke behoefte aan houvast.

Als oncoloog kun je patiënten heel goed uitleggen dat onze kennis en kunde redelijk ontoereikend zijn, en dat de behoefte aan houvast normaal is. Als men dat houvast in een alternatieve behandeling wil zoeken, is dat een keuze van een volwassen mens.

In het Nederlands Kankerinstituut blijkt ongeveer 25% van de patiënten belangstelling te hebben voor alternatieve therapieën; ongeveer 10% maakt er gebruik van. Dat alle keuzen van volwassen mensen ook verstandig zijn, zal niemand willen beweren.

E.J.M. HESHUSIUS

Een zaak van goed overleg

Bij de hulp- en informatielijn van de Nederlandse Kankerbestrijding komen jaarlijks meer dan 25.000 teletoontjes binnen van mensen die vragen hebben over kanker. In ongeveer 10% gaat het over alternatieve geneeswijzen. Vaak zoeken familieleden van patiënten naar een alternatieve therapie. Het kan ook zijn dat een kankerpatiënt het niet voldoende vindt uitsluitend een reguliere therapie te ondergaan en zelf actief aan zijn gezondheid wil meewerken.

Familieleden dragen allerlei adviezen aan, maar de patiënt ziet door de bomen het bos niet meer. Hoe kan iemand uit die veelheid van mogelijkheden een verantwoorde keuze maken? Uitgaan van het idee 'baat het niet, dan schaadt het niet' is bij kanker te simpel gedacht. Zomaar de een of andere alternatieve behandeling ondergaan kan wel degelijk schadelijk zijn.

Wat in de persoonlijke situatie wel of niet zinvol is, moet eerst met de behandelend arts worden besproken. Maar het blijkt al te vaak, dat patiënten daarvoor schroom hebben. Ze zijn bang dat de behoefte aan een alternatieve behandeling door de arts als een gebrek aan vertrouwen wordt opgevat.

Om te voorkomen dat kankerpatiënten zonder deskundig advies een alternatieve weg inslaan, met de kans op valse hoop of erger, rekent de Nederlandse Kankerbestrijding voorlichting over alternatieve behandelingen bij kanker tot haar taak. Daarbij gaat het KWF ervan uit, dat elke therapie, regulier of alternatief, eerst op zijn werkzaamheid onderzocht moet worden. Vervolgens dient onderscheid te worden gemaakt tussen kwakzalverij, die totaal niet werkzaam is, en aanvullende behandelmethoden, waarvan de werkzaamheid (nog) niet is aangetoond, maar waarvan is gebleken, dat ze voor de patiënt een mentale steun in een moeilijke periode kunnen betekenen.

Patiënten en familieleden worden erop gewezen, dat eerst een reguliere arts moet worden geraadpleegd om de kans op genezing optimaal te benutten. Een van beide zijde open overleg hierover kan verhinderen dat de patiënt zijn heil zoekt bij kwakzalvers.

PROF. DR. H.M. VAN DER PLOEG

De invloed van psychische stress en persoonlijkheidsfactoren op het ontstaan en beloop van kanker

Het vermoeden dat psychosociale factoren het verloop van een kankerproces kunnen beïnvloeden is niet nieuw. Reeds in de tweede eeuw van onze jaartelling meende de arts Galenus dat kanker vaker voorkwam bij "melancholische" (zwaarmoedige) vrouwen dan bij "sanguïne" (opgewekte) vrouwen. Later, in de 17e eeuw, meende men dat er een direct verband zou bestaan tussen emoties en kanker, dat wil zeggen dat er een relatie zou zijn tussen angst en verdriet enerzijds en het ontwikkelen van kwaadaardige gezwellen in de borst anderzijds. In de 18e eeuw spreekt de Nederlandse geleerde Boerhaave over factoren die onder andere kanker zouden kunnen veroorzaken: "... een straffe levenswys, die scherp, heet is; herstogten droevig, gelagtig...".

Recent is door Eysenck (1991) gesteld dat "... there is now good evidence to show that psychological treatment can modify a person's reaction to stress, so that risk of cancer ... can be greatly diminished, and duration of survival significantly increased in those terminally ill with cancer". Door Eysenck wordt op basis van onderzoek door Grossarth-Maticek beschreven dat er enkele persoonlijkheidstypes bestaan, waarvan Type I risico-factoren bevat voor kanker. Verschillende resultaten van wetenschappelijk onderzoek door Grossarth-Maticek zijn beschreven waarbij een sterke relatie wordt gelegd tussen kenmerken van dit persoonlijkheidstype (I) en ziekte kanker c.q. overlijden aan kanker.

Dit onderzoek van Grossarth-Maticek is in de zestiger jaren in Joegoslavië en in de zeventiger jaren in Heidelberg (Duitsland) verricht. Willekeurig gekozen personen en personen met risicofactoren werden somatisch en psychologisch bestudeerd. Tien (of meer) jaar later werd eventuele sterfte in verband gebracht met de eerder verkregen gegevens. Ook werd met therapeutische interventies het risico op kanker "verkleind" of werd "levensverlengend" gehandeld. De resultaten van Grossarth-Maricek (en Eysenck) zijn spectaculair en uniek. Ze lijken óók te mooi om waar te zijn.

Bij wetenschappelijke heranalyse die wij konden verrichten met de gegevens van Grossarth-Maticek bleek dat enkele van de thans gepubliceerde resultaten over de rol van psychologische (persoonlijkheid) en somatische gegevens zijn gebaseerd op onjuiste sterfte-gegevens. Ook moet geconcludeerd worden dat Eysenck en Grossarth-Maticek bij recente publicaties gebruik hebben gemaakt van gegevens waarvan zij wisten dat die niet correct waren of reeds jaren eerder als foutief waren teruggetrokken.

Na onze heranalyse van een deel van het onderzoek en na bestudering van verschillende artikelen van deze auteurs kan men niet anders dan gerechtvaardigd twijfelen aan conclusies waarbij gesteld wordt dat door psychologische interventies de duur van het leven van terminale patiënten met kanker significant kan worden verlengd.

J.M. WESTENBERG

De kracht van de liefde in het genezingsproces

Wanneer iemand hoort dat hij kanker heeft associeert hij dat met het einde van alles wat hij belangrijk vindt. Ineens wordt hij geconfronteerd met eindigheid, met zijn eigen sterfelijkheid en zijn leven stort in.

Daar staat dan die mens, uiterst kwetsbaar, alles wat belangrijk was, is aan het wankelen gebracht. Zijn zekerheden zijn weg.

Op dat moment heeft iemand hulp nodig.

Hulp, om hem te leren en te laten ervaren dat er naast de buitenwereld nog een binnenwereld is. Een wereld, waar vanuit hij kracht en steun kan ervaren.

Om die weg naar binnen te gaan is iemand nodig die helpt de gevoelens van verdriet, boosheid, onmacht en angst toe te laten, te doorleven en op te lossen.

En de belangrijkste kracht daartoe is de liefde.

Niet het ongenuanceerde oordeel of de veroordeling van wat zichtbaar wordt wanneer iemand zijn reis naar binnen maakt, maar onvoorwaardelijke liefde.

Met behulp daarvan kan iemand langzaam maar zeker zijn angst voor de ziekte, zijn angst voor het lijden en de dood ontgiften. Dan groeit vertrouwen en in het vertrouwen met zichzelf én die ander bloeit het leven op, krijgt het leven een andere kwaliteit. Dan nemen mensen zélf weer de verantwoordelijkheid, die ze uit handen gegeven hadden, voor het eigen genezingsproces en gaan zich anders voelen: ze zijn geen slachtoffer meer, maar oefenen zelf invloed uit op hun herstel.

Dat dit mogelijk is, en dat er een duidelijk verband bestaat tussen emoties en lichamelijke reakties bewees Cleve Backster al twintig jaar geleden. Backster, een Amerikaanse wetenschapper, verrichtte onderzoek naar communicatie op cellulair niveau, waarbij hij tot verrassende conclusies kwam. Hij maakte een kweek van witte bloedlichaampjes uit de mond van een proefpersoon. De voedingsbodem met de cellen werd vervolgens aangesloten op een encephalograaf. Op een afstand van soms enkele tientallen kilometers van de cellen werd de proefpersoon ondervraagd. Telkens als er een emotioneel onderwerp werd aangeroerd, reageerden de witte bloedcellen in de voedingsbodem met een elektrische ontlading.

Deze ontdekking heeft tot het inzicht geleid dat cellen een bepaalde vorm van bewustzijn moeten hebben. Elke cel reageert blijkbaar op een groot bewustzijnsveld waartoe hij behoort.

Nog boeiender zijn de consequenties, die uit dit verschijnsel voortvloeien voor de relatie tussen lichaam en geest en voor de praktische mogelijkheden onze gezondheid te verbeteren.

De resultaten van het onderzoek van Backster wijzen uit dat we onze cellen kunnen beïnvloeden, zowel negatief als positief, met onze gevoelens en gedachten.

Het echtpaar Simonton-Matthews was één der eersten, die met goed resultaat gebruik maakten van deze wetenschap: de psychoneuro-immunologie.

Ook in Nederland verwierf dit vakgebied langzaam maar zeker erkenning.

Prof. Ballieux, hoogleraar klinische immunologie aan de Faculteit Geneeskunde van de rijksuniversiteit te Utrecht ontving in 1988 de Federa prijs voor zijn bijdrage aan de immunologie, in het bijzonder op het gebied van de psychoneuro-immunologie.
In het artikel "psychoneuro-immunologie" van het julinummer 1990 in het blad Bio-wetenschappen en maatschappij, dat geheel gewijd is aan stress, schrijft hij: "Zowel uit de psychotherapie als uit de psychoneuro-immunologie is bekend dat het gevoel controle te hebben over de situatie waarin men leeft, een belangrijk wapen is om aan stressfactoren het hoofd te kunnen bieden. Het effect is af te meten aan het functioneren van het afweersysteem. Dat geldt niet alleen voor proefdieren, maar ook voor de mens. De activiteit van het afweersysteem is bij mensen die hun situatie onder controle hebben, of denken te hebben, duidelijk groter dan bij mensen die lijdzaam allerlei belastende omstandigheden ondergaan".

Mensen met kanker, gebukt onder de stress van de ziekte, zijn uit balans.

En daar kunnen we dan allerlei geleerde theorieën op loslaten, het beste blijft die mens bij de hand te nemen en met hem de weg naar binnen te gaan, want wie de reis naar binnen heeft gemaakt komt diep in zichzelf bij de liefde, de grootste kracht die er is om de geestelijke balans te herstellen.

Wanneer mensen hun hart openen voor liefde ziet men de kwaliteit van het leven verbeteren, mensen langer leven, lijden verzachten en "wonderen" gebeuren.

Twaalf jaar ervaring met kanker laat zien dat, wanneer de kracht van de liefde stroomt in dié mens én in de bewogenheid van de hulpverlener, op welk gebied dan ook, alles wat wordt uitgevoerd meer en rijker vruchten draagt.

Wanneer wij de liefde toelaten hoeven we niet zo heel verbaasd te zijn als wonderen gebeuren, want liefde is het wonder.

KARIN SPAINK

Kanker en de orenmaffia

In het kielzog van nieuwe inzichten over de samenhang tussen geestelijk welbevinden en lichamelijke gezondheid, zijn tal van alternatief getinte therapeuten opgestaan die menen het lichaam vergaand te kunnen beïnvloeden door 'anders' te gaan denken. Wij denken onszelf ziek, geloven ze. Psychologische onvrede is volgens hen zelfs de voornaamste oorzaak van chronische en ongeneeslijke ziekten. "Ik raad u ten sterkste af ooit negatief over uw lichaam te denken", waarschuwt bijvoorbeeld de kankerchirurg Bernie Siegel, want "het beeld in uw geest kan maar al te snel werkelijkheid worden". En: "Er zijn geen ongeneeslijke ziekten, alleen maar ongeneeslijke mensen".

Hun argument daarvoor ontlenen deze auteurs aan de constatering dat er talloze mensen zijn die genezen zijn van fatale ziekten (vooral kankergeschiedenissen worden veelvuldig als voorbeeld aangehaald), en anderen hun ziekte hebben weten te rekken of stabiliseren, ondanks medische voorspellingen van het tegendeel. Deze mensen hebben hun bijzondere genezing weten te bewerkstelligen doordat ze al hun energie hebben aangewend om zichzelf te veranderen. Want, zo redeneren deze auteurs, inmiddels is duidelijk dat stress en onvrede het immuunsysteem ondermijnen en daardoor het lichaam vatbaar maken voor ziekte. Dan ligt het, omgekeerd redenerend, voor de hand dat persoonlijkheidsveranderingen datzelfde lichaam kunnen genezen. Siegel: "We begrijpen nog niet de verbanden tussen de chemische stoffen in de hersenen en de gevoelens en gedachten, maar het saillante punt is dat onze psychische toestand een onmiddellijk en direct effect op onze lichamelijke

toestand heeft". (BS, p. 78). Zijn conclusie is dan ook dat we "het lichaam (kunnen) veranderen door ons met onze gevoelens bezig te houden. Als we onze wanhoop negeren, ontvangt het lichaam de boodschap 'sterven'. Als we onze emoties verwoorden en hulp zoeken dan wordt de boodschap 'leven is moeilijk maar prettig' en „het immuun-afweersysteem is actief om ons in leven te houden". (BS, p. 78-79).

Deze auteurs gaan ervan uit dat op deze wijze alle ziekten zijn te genezen; bovendien gaan ze een stap verder en stellen dat als ons denken ons kan genezen, het ook ons denken moet zijn dat de ziekte teweeg heeft gebracht. "De materie - en dus ook het lichaam - kan altijd slechts dienst doen als projectievlak, maar is zelf nooit een plaats waar een probleem ontstaat en daarom ook geen plaats waar een probleem opgelost kan worden". (D&D, p. 129).

Al deze auteurs zien ziek zijn als een signaal van ons lichaam dat er iets niet deugt in de manier waarop wij over onszelf denken en, bijgevolg, in de manier waarop wij anderen tegemoet treden. Myss: "Ziekte is een onbewuste verandering (of een keuze die we hebben gemaakt door iets na te laten) die zich in het lichaam van een individu manifesteert, omdat de betrokkene: (1) niet de moed heeft om dat wat in zijn leven niet goed functioneert onder ogen te zien; (2) niet gelooft dat stress invloed uit zou kunnen oefenen op het lichaam; of (3) nog niet de vaardigheden van zelfonderzoek en introspectie heeft ontwikkeld die hem in staat zouden stellen de aard en oorzaak van stress te analyseren en die stress via positieve kanalen op te lossen". (S&MI, p. 128).

Wanneer we in staat zijn die verkeerde denkwijzen te veranderen, zal de ziekte verdwijnen; we hebben haar overbodig gemaakt. Hay: "Ik geloof dat we zelf iedere zogenaamde 'ziekte' in ons lichaam creëren. Ons lichaam is, net zoals alles in het leven, een reflectie van onze innerlijke gedachten en overtuigingen. Ons lichaam praat aldoor tegen ons en als we de tijd nemen om te luisteren, kunnen we het horen. Iedere lichaamscel reageert op elke gedachte die we denken en elk woord dat we uitspreken". (LHI, p. 117). Murphy: "Als u uw denken wijzigt door het te verzadigen van positieve gedachten en vol blijft houden, zult u uw lichaam veranderen. Dit is de grondslag van elke genezing". (JM. p. 46).

Zelfs de relatief nuchtere Siegel laat zich verleiden tot vergaande uitspraken: "Ik blijf hopen en geloven dat er geen ongeneeslijke ziekten zijn, alleen ongeneeslijke mensen". (BS, p. 18 en 209). Wanneer de persoonlijkheid geneest, vervalt immers de reden om ziek te zijn. "Het is bijna alsof de mens is herboren en het oude zelf van zich afwerpt, evenals zijn ziekte, en in staat is (die) te identificeren met iets dat volkomen vreemd staat tegenover het nieuwe zelf". (BS, p. 132). De zieke mens is een rups, de geheelde mens de vlinder.

De meer alledaagse medische aanpak zien ze als apert onvoldoende: aangezien het basisprobleem - dat zoals gezegd niet van fysieke maar van psychische aard is - daardoor niet wordt opgelost, zal de persoon in kwestie binnen afzienbare termijn een nieuwe ziekte ontwikkelen. Ziek zijn zit tussen je oren, en ziekte kun je het beste bestrijden door beter naar jezelf te luisteren. Dan zal genezing vanzelf volgen. Immers, "de eenvoudige waarheid is dat gelukkige mensen gewoonlijk niet ziek worden" (BS, p. 86) en dat "het delen van angsten en problemen met anderen leidt tot opluchting en genezing van het lichaam". (BS, p. 111). "Alternatieve therapieën en methodieken stoelen op de premisse dat het lichaam geneest als eerst het denken, de emoties en de geest worden genezen". (S&MI, p. 38).

"Ziek worden is te voorkomen door geestelijke gezondheid na te streven". (TT, p. 146).

De virussen en bacillen die de moderne mens in de optiek van deze orenmaffia bedreigen zijn haat, wrok, angst, jaloezie, zelfhaat, kritiek, schuldgevoel en gevoelens van minderwaardigheid; en zelfacceptatie en liefde de alternatieve penicilline.

Literatuur:

Dethlefsen en Dahlke: De zin van het ziek zijn. Signalen en betekenis van ziekten; uitg. Ankh-Hermes 1984.

Louise L. Hay: Je kunt je leven helen; uitg. De Violier, Amsterdam, 1986.

Dr. Joseph Murphy: De kracht in jezelf. Onvermoede vermogens van het onderbewustzijn; uitg. Becht, Haarlem 1982.

Dr. C. Norman Shealy en Caroline M. Myss: Intuïtieve diagnose in de geneeskunde. Een creatieve visie op gezondheid; uitg. Ankh-Hermes, Deventer 1990.

Dr. Bernie Siegel: Lessen van wonderbaarlijke patiënten. Hoe uw psychische krachten ernstige ziekte helend kunnen beïnvloeden; uitg. Intro, Nijkerk 1987.

Ted Troost: Het lichaam liegt nooit; uitg. Centerboek, Weesp 1988.

DR. E.C. ZWARTHOFF

Moderne biologische inzichten in het ontstaan van kanker

Een kankercel in een tumor onderscheidt zich van de normale cellen van het weefsel waaruit hij is ontstaan in eerste instantie doordat er teveel van zijn. Het betreffende weefsel of orgaan kan zich die hoeveelheid cellen niet veroorloven en de normale functie komt in het gedrang. In een later stadium onderscheidt de kankercel zich nog meer doordat hij in staat is om ook op andere plaatsen dan de geëigende te groeien zodat er uitzaaiingen ontstaan. Een tumorcel ontstaat uit een normale cel doordat hij eigenschappen krijgt die het mogelijk maken om harder te groeien of minder snel dood te gaan dan zijn normale broertjes en zusjes. Om uiteindelijk uit te groeien tot een tumor zal deze cel zijn afwijkende eigenschappen over moeten dragen op zijn nakomelingen. De inzichten die er de laatste jaren zijn ontstaan in de moleculaire mechanismen van dit proces zijn het onderwerp van dit stuk.

Kanker ontstaat door schade aan het DNA. Het DNA is het erfelijke materiaal in de cel. DNA-schade manifesteert zich in de vorm van mutaties in het DNA. Het DNA wordt bij iedere celdeling nauwkeurig verdubbeld, zodanig dat de beide dochtercellen precies dezelfde genetische informatie hebben als de oudercel, inclusief eventuele mutaties. De totale genetische informatie van de mens (het genoom) bestaat uit 3 miljard basen die zijn verdeeld over 23 chromosomen. In een normale cel zitten 2 x 23 chromosomen omdat beide ouders 1 set bijdragen. Op de geslachtschromosomen X en Y na is de genetische informatie dan ook dubbel aanwezig. Bepaalde volgorden van de 4 verschillende basen in het DNA vormen genen. Een gen is een stukje DNA dat codeert voor een eiwit. Dit betekent dat de basevolgorde in het DNA nauwkeurig bepaalt hoe het eiwit er uitziet. Eiwitten kunnen vele functies in de cel hebben, eenvoudige biochemische, zoals de enzymen in de citroenzuurcyclus, er zijn echter ook eiwitten die een belangrijke functie hebben bij bv. de regulatie van de celdeling.

Er zijn tenminste twee groepen genen die betrokken zijn bij het ontstaan van kanker. Dit zijn de proto-oncogenen en de tumorsuppressor genen. Het produkt van een proto-oncogen kan bv. een eiwit zijn dat een groeistimulerende werking heeft in de cel. Door sommige mutaties kan de werking van dit eiwit vergroot worden. Het proto-oncogen is dan een oncogen geworden. Bijvoorbeeld bije en van de meest voorkomende vormen van leukemie, de Chronische Myeloide Leukemie, worden stukken van chromosoom 9 en 22 uitgewisseld. Dit gebeurt op zo'n manier dat steeds het abl proto-oncogen (wat normaal op chromosoom 9 ligt) wordt gekoppeld aan het bcr gen op chromosoom 22. Deze chromosomale translocatie leidt tot een fusiegen dat uit bcr en abl bestanddelen bestaat. Het uiteindelijke genproduct is een fusie-eiwit en dit eiwit heeft een veel hogere activiteit bij het overdragen van groeistimulerende signalen dan het normale abl eiwit. Bij de tumorsuppressor genen is dat mechanisme essentieel anders. De natuurlijke rol van het product van het gen, het tumorsuppressor eiwit, is juist het onderdrukken van de celdeling. Wordt een dergelijk gen door een mutatie kapot gemaakt, dan is er geen functioneel tumorsuppressor eiwit meer en ook zo'n situatie kan leiden tot overmatige celdeling. Een voorbeeld van de rol van een tumorsuppressor gen bij het ontstaan van

kanker is het retinoblastoma gen. Retinoblastomen zijn oogtumoren die kunnen ontstaan bij jonge kinderen. Het retinoblastomagen blijkt in de tumorcellen door een mutatie kapot gemaakt te zijn. Het blijkt zelfs zo te zijn dat beide kopieën (allelen) van het gen gemuteerd zijn. Dit laatste is ook wel te begrijpen omdat het retinoblastoma gen, dat op chromosoom 13 ligt, in iedere cel dubbel aanwezig is. Kapot maken van slechts 1 allel zou de hoeveelheid van het eiwitproduct slechts met de helft verminderen. Pas als beide allelen niet meer functioneel zijn is al het werkzame retinoblastoma eiwit verdwenen. Retinoblastoma komt ook in een erfelijke vorm voor. *In dat geval wordt 1 gemuteerd allel van het gen van één van* beide ouders geërfd. Wordt het tweede gen dan in een retinacel kapot gemaakt dan ontstaat de tumor. Omdat er in alle cellen van zo'n individu al één gemuteerd gen is, zal dit relatief vaak gebeuren. 90% van de kinderen die een dergelijke mutatie erven ontwikkelen retinoblastoma. Bovendien hebben de patiëntjes dan ook meestal meerdere tumoren en zijn beide ogen aangedaan. Met name de tumorsuppressor genen zijn betrokken bij de erfelijke vormen van kanker. Dit komt doordat een mutatie in 1 van de 2 allelen van zo'n gen in eerste instantie geen effect heeft, pas als het tweede gen ook een inaktiverende mutatie heeft gekregen gaat het mis.

Hoe komen we nu aan mutaties in het DNA die tot het ontstaan van kanker kunnen leiden? In de eerste plaats zijn daar natuurlijk bekende factoren zoals straling, roken en allerlei chemische stoffen in onze omgeving. In totaal schatten de epidemiologen dat zo'n 80 à 90% van alle soorten kanker wordt veroorzaakt door de levensstijl en andere omgevingsfactoren. Grote doses radioactieve straling kunnen leukemie veroorzaken, zoals bleek bij de overlevenden van de atoombommen op Hiroshima en Nagasaki. UV-straling in het zonlicht is een belangrijke factor bij het ontstaan van melanoma, een kwaadaardige tumor van de melanocyten in de huid. De risico's die rokers van sigaretten lopen behoren tot de grootste risico's in onze samenleving. Een derde van de mannen die aan kanker overlijden, doet dat aan longkanker. Maar ook onze voeding speelt een belangrijke rol. In Japan komt 6 keer zoveel maagkanker voor als in de VS en 3.5 keer zoveel leverkanker. Daarentegen is er weinig darm en prostaatkanker. Bij Japanse immigranten in de VS blijken de kansen op maag en leverkanker af te nemen, terwijl die op darm en prostaatkanker juist toenemen. Bij hun in de VS geboren kinderen wordt dit effect nog versterkt. Uiteindelijk past deze bevolkingsgroep zich aan aan het voedings- en leefpatroon in de VS en dat komt tot uiting in de veranderde frequenties van deze soorten kanker. Ook doorgaans zeer gezond geachte levensmiddelen kunnen stoffen bevatten die carcinogeen zijn zoals blijkt uit een recent artikel van de groep van Ames in Science. Caffeïne kan bij proefdieren met een lage frequentie kanker veroorzaken. Echter 100 gram sla bevat 7 x zoveel caffeïne als 1 kop koffie en 100 gram wortel evenveel. De conclusie van Ames is dat hier tot nu toe veel te weinig aandacht aan is besteed. Het is echter te simpel om nu te zeggen dat je bv. geen wortels meer moet eten want die bevatten ook weer caroteen en dat kan gevaarlijke zuurstofradicalen wegvangen. Voorlopig zal er veel meer onderzoek moeten worden gedaan, voordat de verhouding van slechte en goede componenten in een bepaald voedingsmiddel bekend is.

De essentie van deze onderzoeken is dat er allerlei kwalijke stoffen zijn die schade aan het DNA kunnen toebrengen. Gebeurt dat in proto-oncogenen of tumorsuppressor genen dan kunnen dergelijke mutaties de cel veranderen in een kankercel. De incidentie van kanker neemt tot met de leeftijd. Dit komt waarschijnlijk omdat in 1 cel meerdere mutaties in de besproken genen moeten plaatsvinden voordat de cel getransormeerd genoeg is om uit te groeien tot een tumor en naarmate men ouder wordt kunnen zich mutaties ophopen. In het geval van darmkanker is daar inmiddels wat nauwkeuriger naar gekeken. De groep van Vogelstein in de VS bestudeerde mutaties in een viertal genen waarvan bekend was dat ze een rol speelden bij het ontstaan van darmkanker. In de opeenvolgende stadia van normaal darmepitheel, adenoma en carcinoma in situ bleek het aantal mutaties toe te nemen. Dit leidde tot een model waarin darmkanker verklaard zou kunnen worden door accumulatie van mutaties in deze genen en waarschijnlijk nog wel andere. Het ontstaan van kanker is op genetisch niveau een meerstaps proces. Zijn die mutaties er eenmaal dan kunnen ze niet ongedaan gemaakt worden. De mutaties die de eerste kankercel heeft opgelopen zitten noodzakelijkerwijs in al zijn nakomelingen. Additionele mutaties zorgen er weer voor dat in de tumor weer cellen ontstaan die nog verder veranderd zijn zodat ze invasief kunnen groeien en kunnen metastaseren. Als de mutaties eenmaal zijn aangebracht kunnen ze niet meer ongedaan gemaakt worden, door welk voedingsmiddel of geneesmiddel dan ook. Volledige *genezing is slechts mogelijk als alle kankercellen kunnen worden* weggenomen.

J.A. WIESE

De betekenis van de methode-Moerman bij de preventie en behandeling van kanker

Er zijn ongetwijfeld dankzij uitsluitend Moermantherapie mensen van kanker genezen.

Dat is de belangrijkste conclusie uit het retrospectief onderzoek, waarvan staatssecretaris Simons op 25 november 1991 de rapportage van de begeleidingscommissie - onder voorzitterschap van S. de Graaf F.I.A.C., radiotherapeut-oncoloog - in ontvangst nam.

C. Moerman (1893-1988) behandelde sinds 1940 kanker en diverse andere chronische ziekten met een individueel voedingsadvies plus een individuele combinatie van vaak hoog gedoseerde vitamines, mineralen, enzymen en andere lichaamseigen medicijnen.

Hij doseerde deze stoffen op geleide van wat hij noemde "de kleine klinische symptomen", empirische vuistregels voor deficiëntie-diagnostiek in de algemene medische praktijk.

"**Kanker** - als gevolg van onvolwaardige voeding - **kan genezen** - door dieet en therapie", stelde Moerman na 40 jaar ervaring met zijn methode.

Hij meende: "dat bij het overgrote deel van de kankergevallen de oorzaak is gelegen in een langdurig gebruik van een onvolwaardige voeding", en "dat het Moerman-dieet een betrouwbare profylaxe is tegen kanker".

Ik herhaal hierbij: een profylaxe tegen kanker, die inderdaad een gevolg is van een langdurig gebruik van een onvolwaardige voeding. „Er zijn immers meerdere oorzaken waardoor men kanker kan krijgen". Moerman noemt in dat verband als mogelijke voorbeelden kanker door carcinogene stoffen, straling en ontbladeringsvergiften: "Hierover kan ik niets vertellen. Wat ik bestudeerd heb is de voeding".

Moerman IN

Sinds 1958 werd de waardering van de Moermantherapie in medisch-wetenschappelijke kring vooral weergegeven door de belangrijkste conclusie van de commissie-Delprat: "De Commissie wil niet ontkennen, dat dokter Moerman door suggestieve invloed en wellicht ook door de palliatieve invloed van zijn behandeling tijdelijk een goede invloed gehad kan hebben op het algemeen welbevinden van verschillende patiënten, maar van werkelijke genezing van aandoeningen van beslist kwaadaardige aard is geen sprake".

Prof. dr. F.J. Cleton, door Tijdschrift Kanker gevraagd naar *zijn mening over de rapportage van ons retrospectieve onderzoek,* schrijft in zijn commentaar: "De conclusies zijn in het algemeen voorzichtig gesteld, omdat het een retrospectief onderzoek betrof van een sterk geselecteerde groep van patiënten. De meeste van deze conclusies bevestigen de indruk die bij vele oncologen al bestaat over de geringe belasting van de patiënt, weinig ongewenste bijwerkingen, soms een gunstig palliatief effect en een positieve waardering voor het 'zelf doen' bij deze behandeling". En, voor-

zichtig: "Bij slechts enkele patiënten van de vele honderden of duizenden, die in de afgelopen dertig jaar alleen met de Moermantherapie zijn behandeld, is dus retrospectief een genezing aangetoond. De onderzoekers hebben dit gegeven goed vermeld in de introductie van het verslag".

Daar ons retrospectief onderzoek verre van inventariserend kon zijn, is het bescheiden aantal waarin het ons lukte dit curatieve effect volgens reguliere maatstaven aan te tonen waarschijnlijk een zeer kleine fractie van het werkelijke aantal regressies van maligne tumoren dankzij uitsluitend Moermantherapie tussen 1940 en heden. Continuering van ons retrospectief onderzoek is geboden voor een inventariserende registratie van dergelijke "harde" genezingen.

In een artikel, dat mede tot stand kwam met behulp van het Voorlichtingscentrum van de Nederlandse Kankerbestrijding, schrijft de Consumentengids van september 1992: "Uit een onderzoek is gebleken dat een aantal kankerpatiënten is genezen zuiver dank zij de Moermantherapie. Hiermee kan nog geen uitspraak worden gedaan over het effect van de therapie in het algemeen, maar het kan wel aanleiding zijn de Moermantherapie uitgebreider te onderzoeken".

Naast het commentaar van Prof. Cleton merkt de tekenaar van Tijdschrift Kanker op: "Moerman: IN".

Moermantherapie in de praktijk

De Moermantherapie wordt het meest toegepast als additieve, aanvullende geneeswijze na of naast oncologische therapie, ter bevordering van vitaliteit en welbevinden, mede met het oog op een goede invloed op preventie van een recidief, en hopend ope en positief effect op de levensduur.

In een bescheiden aantal opmerkelijke gevallen, zoals de in ons onderzoek besproken casuïstiek, is de Moermantherapie een curatief alternatief gebleken: maligne tumorweefsel werd in omvang kleiner dankzij uitsluitend Moermantherapie.

De Moermantherapie is weliswaar het meest bekend in verband met kanker, maar wordt ook toegepast bij verscheidene andere aandoeningen en ter bevordering van vitaliteit en gezondheid.

Als medicus practicus pas ik de Moermantherapie toe binnen een breder kader van aandacht voor een vitaliteitsbevorderende leefwijze in het algemeen, vooral voor voeding, ademhaling, lichaamsbeweging, en eenvoudige natuurlijke hulpmiddelen.

Nader onderzoek

Als onderzoeker en initiatiefnemer wijs ik op de noodzaak van steun voor universitaire nadere toetsing van de resultaten en retrospectief vervolg-onderzoek.

Het destijds onder leiding van Prof. dr. F.A. Vorst, Prof. dr. R.A. de Melker en Dr. C.W. Aakster in een brede discussie met het "Veld" tot stand gekomen BOM-protocol is bij uitstek geschikt als uitgangspunt voor een aan onze onderzoeksresultaten en huidige omstandigheden aan te passen prospectief onderzoek van de Moermantherapie.

De uitvoerbaarheid verdient te worden bezien van prospectief vergelijkend onderzoek (bij kankerpatiënten, maar ook bij bepaalde risicogroepen "gezonden"), waarin de Moermantherapie wordt vergeleken met optimale reguliere voedingsbegeleiding.

Literatuur

B.O.M. (Begeleidingscommissie Onderzoek Moermantherapie). Protocol voor een onderzoek naar de waarde van de Moermanmethode in de behandeling van kankerpatiënten. 4e versie: BOM 137, juni 1983.

B.O.M. Het vierde protocol: kritiek, commentaar en alternatieven. Eindverslag van de begeleidingscommissie van het onderzoek naar de waarde van de Moermantherapie, juli 1985. In: De Graaf e.a. 1991; bijlage 7 : 92-132.

Cleton FJ. Moermantherapie. Tijdschrift Kanker 1992; 16 : 56-57.

Delprat C.H. e.a. Rapport van de commissie belast met het onderzoek naar de betekenis van de methode van de heer C. Moerman, arts te Vlaardingen, inzake genezing van kanker en aanverwante kwalen. Stichting landelijke organisatie voor de kankerbestrijding. In: Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, 1958, nr 7, 555-804.

Graaf S. de (voorzitter begeleidingscommissie) e.a. Retrospectief onderzoek naar de effectiviteit van de Moermantherapie bij kankerpatiënten. 's-Gravenhage: Sdu uitgeverij Plantijnstraat, 1991.

Moerman C. Kanker - als gevolg van onvolwaardige voeding - kan genezen door dieet en therapie. Deventer: ANKH-Hermes, december 1980 of later.

PROF. DR. G.H. BLIJHAM

De betekenis van voeding bij de preventie en behandeling van kanker

Tussen Kanker en Voeding bestaat een complexe relatie. Voeding en voedingsbestanddelen kunnen een rol spelen bij het ontstaan van kanker, bij de groei van kwaadaardig veranderde cellen tot klinisch manifeste vormen van kanker, bij het bestrijden van complicaties van de behandeling van kanker en bij het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten met niet meer curatief te behandelen stadia van kanker. De complexiteit van de materie neemt verder toe, omdat achter de begrippen kanker en voeding een grote mate van heterogeniteit schuil gaat. Kanker is een verzamelnaam van ziekten, die weliswaar ongecontroleerde groei en de neiging tot uitzaaiing gemeen hebben, maar die eigenschappen op geheel verschillende wijze en in geheel verschillende mate verworven hebben. De heterogeniteit van voeding speekt voor zich als we bedenken, welke verscheidenheid aan eet- en drinkmiddelen de Westerse mens ter beschikking staat en hoe zeer mensen verschillen in de keuzen, die zij op dit punt maken. Dit alles leidt tot een belangrijk probleem in de praktische gezondheidszorg. De bevolking weet, dat op grond van epidemiologische gegevens moet worden aangenomen, dat het ontstaan van kanker voor een belangrijk deel met leef- en voedingsgewoonten samenhangt. De wetenschapper en arts weten, dat de details van het verband tussen voeding en kanker maar zéér ten dele bekend zijn en dat praktische adviezen over wat te eten om kanker te voorkomen of, eenmaal kanker (gehad) hebbend, kanker te bestrijden maar in zeer beperkte mate zinvol te geven zijn. De stand van de wetenschap zal worden geïllustreerd aan de hand van enkele voorbeelden van recent onderzoek op het terrein van de epidemiologie, de chemopreventie en de ondersteunende therapie.

Een stukje geschiedenis

Onder kwakzalverij wordt verstaan de toepassing van behandelmethoden (en soms onderzoeksmethoden) waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is. Een onderscheid wordt gemaakt tussen kwakzalverij in engere zin d.w.z. toegepast door onbevoegden en de zgn. medische kwakzalverij: het toepassen van waardeloze therapieën door artsen. Omdat juist artsen beter behoren te weten, verdient deze medische kwakzalverij zo mogelijk nog krachtiger bestrijding dan de kwakzalverij in engere zin.

De voorgeschiedenis

In de eerste helft van de negentiende eeuw was het vooral de Maatschappij tot het Nut van 't Algemeen (opgericht in 1784) die zich verzette tegen "ondeskundige medische hulp". In 1865 werd de Wet op de uitoefening der geneeskunst ingevoerd, waarbij deze uitoefening "alleen geoorloofd is aan degenen, aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de Wet is toegekend". Deze bevoegdheid kwam te berusten bij artsen, die een universitaire opleiding in de geneeskunst hadden gevolgd. Het totstandkomen van deze erkenningseis was één van de belangrijkste doelstellingen waarnaar de in 1839 opgerichte Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (thans K.N.M.G.) streefde. Deze Wet werd veelvuldig overtreden en in 1878 schreven de gebr. Bruinsma, resp. praktiserend geneesheer en leraar scheikunde, een brochure getiteld "De kwakzalverij met geneesmiddelen en de middelen om haar te bestrijden. Een boek voor allen, die hun gezondheid en hun beurs liefhebben". Zij waren op één januari 1881 oprichters van de *Vereniging tegen de Kwakzalverij*. Het eerste Maandblad tegen de Kwakzalverij verscheen op 15 januari 1881.

De eerste periode

De belangrijkste activiteit van de *Vereniging* bestond uit het onderscheppen en vervolgens chemisch analyseren van kwakzalversmiddelen (de zgn. "geheimmiddelen") en het publiceren van de resultaten. Daarnaast werden kwakzalvers opgespoord en voor de rechter gebracht, vaak met succes. Tevens nam de *Vereniging* prominent deel aan de maatschappelijke discussie over de onbevoegde uitoefening der geneeskunde, waarbij zij toch vaak parlementariërs, journalisten en juristen tegenover zich vond. Leden van de *Vereniging* waren (en zijn dat nog altijd), behalve uit de kring van artsen en apothekers, afkomstig uit alle sectoren van de samenleving (een enquête uit 1884 vermeldt oud-ministers, kamerleden, politie-beambten, juristen, leraren, etc.).

Recente geschiedenis

In de jaren vijftig en zestig bestrijdt de *Vereniging* op krachtige wijze het toenemend geloof in paranormale krachten. De parapsychologie, de magnetiseurs, de verkopers van aardstralenkastjes, maar ook artsen als Moerman en Samuels vormden in die periode het doelwit.

In de jaren zeventig braken er voor de kwakzalvers gouden tijden aan, omdat de jurisprudentie veranderde en de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst steeds meer een dode letter werd. Het werd steeds moeilijker genezers voor de rechter veroordeeld te krijgen, omdat zij zich steeds nadrukkelijker gingen presenteren als bonafide weldoeners die op basis van (boven-)natuurlijke gaven of op grond van alternatieve inzichten en opvattingen werkten. De rechters konden er steeds vaker van worden overtuigd dat toepassing van de wet de bevolking zou beroven van waardevolle, additieve behandelmethoden.

De vereniging nu

Na een periode van heroriëntatie en statutenwijziging (1979) besloot de *Vereniging* zich vooral te gaan richten op evaluatie van de zgn. alternatieve "geneeskunde", welke een grote bloei doormaakt, zonder dat overtuigende bewijzen voor de effectiviteit ervan beschikbaar zijn. Het "Actieblad tegen de Kwakzalverij" verschijnt vijf maal per jaar. Daarnaast vertolkt de Vereniging zowel in publieke als professionele kring een principieel en consequent standpunt met betrekking tot de kwakzalverij in al zijn verschijningsvormen.

De contributie bedraagt thans minimaal f 40,-; voor studenten en leerling-verpleegkundigen f 10,-; begunstiger wordt men door een schenking aan de vereniging van minimaal f 100,-. (Postgiro 32237 ten name van de Penningmeester van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, Zwolle.)
Secretariaat: Bergse Dorpsstraat 101, 3054 GC Rotterdam.